|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診　断　書   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 住所 |  | | | ふりがな  氏名 |  | | | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 | (男・女) |   １．結核でない。  ２．皮膚疾患でない。  　　（伝染性膿痂疹、単純性疱疹、頭部白癬、疥癬等の皮膚疾患）  上記のとおり診断します。  令和　　年　　月　　日   |  |  | | --- | --- | | 所在地 |  | | 施設名 |  | | 医師氏名 |  | |

備考　診断年月日より１年以内のものであること。